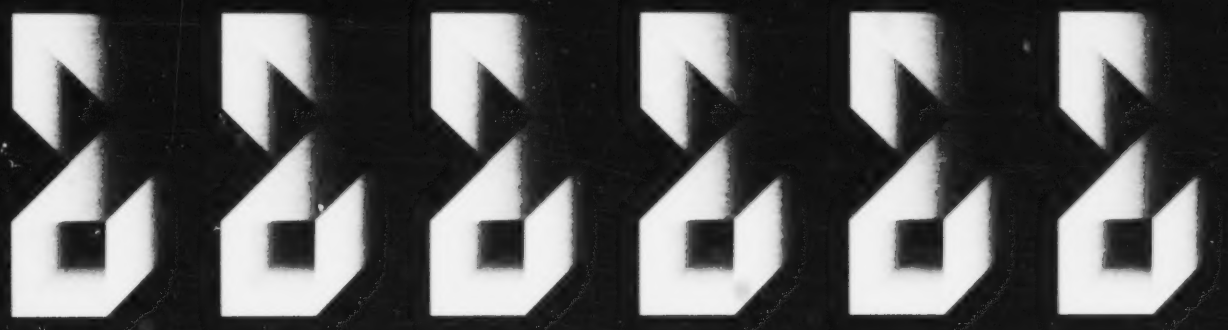
Health Canada Santé Canada

Audit and Accountability Bureau

Bureau de la vérification et de la responsabilisation



INTERNAL AUDIT REPORT

Audit of Grants and Contributions

Population and Public Health Branch

September 2001

Canada

103-03895/

INTERNAL AUDIT REPORT

Audit of Grants and Contributions

Population and Public Health Branch Health Canada

Audit conducted by the
Audit and Accountability Bureau
Health Canada
September, 2001

Audit Number
1824-30-00-24

Pour obtenir une copie de la version française, veuillez communiquer avec le Bureau au (613) 957-4360

Organizational Notes:

This audit was conducted prior to the Health Canada Realignment of July 1, 2000. The Population and Public Health Branch (PPHB) was formerly the Health Promotion and Programs Branch (HPPB).

The audit was also conducted prior to a reorganization December 4, 2000 in which Health Canada's Internal Audit Directorate (IAD) became the Audit and Accountability Bureau (AAB).

Audit Chronology

• Audit examinations started	February, 2000
• Audit examinations completed	May, 2000
• Draft audit report submitted for comments	June, 2000
• Draft audit report accepted by the Assistant Deputy Minister, Population and Public Health Branch	November, 2000
• Branch management responses finalized	March, 2001
• Audit report approved by the Departmental Audit and Evaluation Committee	September, 2001

contents

Credits

1 INTRODUCTION

Audit Objective 1

Scope 1

Audit Criteria 1

Methodology 1

2 AUDIT FINDINGS

Overview 3

Governance Framework 4

Project Application and Approval Processes 5

Agreement Amendments 5

File Documentation 6

Project Monitoring 6

(A) Standards for Monitoring 6

(B) Financial Audits 8

Payments 8

APPENDIX A

Total Program Dollar Value Audited by Region and Program

APPENDIX B

Total Number of Project Files Audited by Region and Program

APPENDIX C

PPHB Grants and Contributions Spending FY 1998-1999 and FY 1999-2000 (Actual $)

APPENDIX D

Grants and Contributions Health Promotion and Programs Branch

credits

This audit was conducted by the Audit and Accountability Bureau (AAB), Health Canada. The team leader was **Stephen Arnold**, Audit Manager, AAB. The members of the audit team were as follows:

Michael Bartlett (under contract to AAB)
Robert Delisle (under contract to AAB)
Annie Desjardins - CSB Special Projects Directorate
Carolyn Jeffrey - AAB
William Lunney (under contract to AAB)
Kelley Mair - CSB Special Projects Directorate
Andrew Payer - CSB Special Projects Directorate
Lee-Yong Tan - CSB Special Projects Directorate

1
INTRODUCTION

AUDIT OBJECTIVE

The objective of this audit was to conduct a review of the management of grants and contributions in the Population and Public Health Branch (PPHB) of Health Canada.

SCOPE

The audit of PPHB grants and contributions included all funding initiatives in the Branch.[1] The audit coverage ensured a review of funded projects managed in the Branch regional offices, as well as in headquarters. The audit was carried out through a review of randomly selected project files and the associated financial files. The primary focus was on projects receiving funding in fiscal year 1998-1999 and/or fiscal year 1999-2000. Where a reviewed project received funding in the years prior to 1998-1999, those years were also included. In the sample of 121 projects reviewed, 51 (46%) had received funding in earlier years.

AUDIT CRITERIA

The management of grants and contributions in PPHB was assessed against the standards established in Treasury Board's Policy on Transfer Payments dated October 15, 1996[2]. The general terms and conditions for PPHB grants and contributions also served as standards against which to audit. These terms and conditions are contained in Health Canada's Promotion of Population Health submission (TB 826640) approved by Treasury Board in 1998 and the Aboriginal Head Start Initiative submission (TB822677) approved in 1995. The class terms and conditions authorized by TB 826640 became effective April 1, 1999, and essentially incorporated the terms and conditions for the Promotion of Population Health constituent programs that existed prior to that time.

METHODOLOGY

The audit was carried out by a team led by Health Canada's Audit and Accountability Bureau (AAB). The audit team based its review on a randomly selected sample of 121 grant and contribution files (see Appendices A and B for additional details). This sample size represents approximately 8% of the total population of projects available for review

---

[1] The programs audited are shown in Appendix A.

[2] The 1996 policy was in effect at the time of the audit. Treasury Board has subsequently issued a revised Policy on Transfer Payments, effective June 1, 2000.

over the time period considered. In dollar terms, the sample totalled $44 million in project funding. Of this amount, $12 million applied to FY 1998-1999 (on an approximate base of $154 million) and $13 million applied to FY 1999-2000 (on an approximate base of $168 million). The balance of $19 million included in the review related to the 51 projects which also had been funded in the years prior to FY 1998-99.

The sample of 121 projects was selected to include a representative number of projects in each region and the two major program directorates at headquarters. Appendices A and B show the distribution of projects audited. Each file was reviewed for evidence that projects were being well-managed and there was compliance with the applicable policies and standards for grants and contributions. Follow-up interviews were carried out with PPHB staff when additional information was required.

Audit Note:

PPHB has developed and maintains an extensive automated database that is used in the management of grants and contributions in the Branch. The database has been established for a number of years and it has undergone continuous refinement to meet managers' needs for grants and contributions information. The database is also linked to the departmental financial system for the efficient processing of commitments and payments.

The audit team found the database to be very useful as a source of information on Branch grants and contributions. Conducting an in-depth systems assessment of the database was outside the scope of this audit.

2
AUDIT FINDINGS

OVERVIEW

Effective April 1, 1999 with TB decision 826640, population health programming was authorized as the basis for Health Canada's Promotion of Population Health Business Line. With this initiative, PPHB combined what was formerly 10 grants and contributions programs into one "umbrella" grants and contribution program. Although the Promotion of Population Health program provides the general authorities framework, the audit was conducted through reviews of randomly selected project files chosen from the various constituent funding programs.

Complementing TB 826640 is TB 822677 which provides the approved terms and conditions for the Aboriginal Head Start initiative. This grants and contributions initiative forms part of the Aboriginal Health Business Line but it is managed by PPHB.

Appendix C shows the funding for each program in FY 1998-1999 and FY 1999-2000. To provide additional context and background, a detailed description of the population health programs and Aboriginal Head Start is provided in Appendix D.

The focus of AAB's file review was to identify and assess the adequacy of key controls in the management of grants and contributions. The management components considered were:

- program objectives are clearly stated;
- agreement terms and conditions are clear;
- potential applicants are informed of program guidelines and eligibility rules;
- there is appropriate review and approval of program applications;
- payments are properly made;
- individual grants and contributions are appropriately monitored; and,
- program management information systems provide reliable, relevant and timely; information on program operations and expenditures.

The audit findings are covered in the following sections of the report dealing with:

- governance framework;
- project application and approval processes;
- agreement amendments;
- file documentation;
- project monitoring; and,
- payments.

GOVERNANCE FRAMEWORK

The governance framework for the PPHB grant and contribution projects audited is based on the terms and conditions contained in the TB 826640 and TB 822677 decision documents. TB 826640 became effective April 1, 1999, and it incorporated the terms and conditions for 10 constituent grant and contribution programs which were in place in PPHB prior to that date. Combined, these two decision documents serve as the standard to be assessed and the prevailing benchmark to determine compliance for the 121 projects sampled.

The AAB audit team found the governance framework for PPHB grants and contributions based on TB 826640 and TB 822677 to be sound. These documents contains terms and conditions which clearly lay out the following:

- program purpose and objectives;
- criteria for the use of program funds;
- applicant eligibility;
- clear definition of the class of recipients;
- application processes (spelled out in detail by individual constituent programs);
- application review and approval processes;
- criteria for project proposal eligibility;
- funding limits and duration limits for funded projects;
- terms of funding payment;
- authority delegation to enter into, amend and make payments under agreements;
- identification of eligible expenses;
- general content required in agreements, such as record keeping requirements, right to audit, conflict of interest provisions, project evaluation needs, and so on; and,
- appropriate disclaimer that funding under the program does not imply any commitments beyond the immediate approved funding level and period.

The audit team found no key elements missing in this governance framework and all 121 projects in the audited sample met the identified standards.

PROJECT APPLICATION AND APPROVAL PROCESS

The approved TB program authorities effectively lay out the overall requirements for project applications and approvals. Each of the constituent programs, such as Aboriginal Head Start, Community Action Program for Children, Canada Prenatal Nutrition Program and others, have developed subsidiary application and approval processes specific to their needs. The AAB audit team found from the documentation on file that these subsidiary processes varied in a number of ways but they were in place and working as intended.

AGREEMENT AMENDMENTS

All 121 grants and contributions reviewed by the AAB audit team were supported by an appropriately signed agreement between eligibie recipient organizations and Health Canada. Given the nature of the funding programs, 83 of the contribution agreements were multi-year in length and the auditors noted that a number had already exceeded the duration date in their prevailing agreement. Where program funding had been agreed to continue, the Branch extended these agreements by an exchange of a letter of amendment with the recipient, or a new contribution agreement.

In many of the cases reviewed where agreements were extended through letters of amendment, these extensions were often put in place after the expiry date of the original agreements. Although it was reasonable that the Branch and the recipients wished to continue their funding relationship, a delay in arranging amending documents effectively created a period in which no agreement was in force. Although all subsequent agreements for extension always ensured this period of lapse was accommodated, there are a number of issues at question. One being the appropriateness of extending an agreement which has effectively expired. Another concerns the appropriateness of reimbursing expenditures incurred in a period of time for which there was no formal agreement with the recipient to do so. To ensure the appropriateness of continuing funding to contribution recipients, it is recommended that:

1. ***The Branch put procedures in place to ensure the timely execution of contribution agreement extensions or renewal agreements.***

Management Response:
Agreed. The Branch will communicate to program areas the need to review and assess existing policies and procedures to ensure the validity of agreements throughout the funding relationship. In addition, program consultants will be encouraged to inform recipients about lead times for extensions and renewals.

FILE DOCUMENTATION

The audit team found that the content of project files was complete in the majority of cases reviewed. For practical reasons, there was some variation in file content from program to program, from region to region and, indeed, even from one program consultant to another. There is also in use a variety of checklists in the Branch establishing what should be maintained on files. In less than 4% of the cases reviewed was the program file content considered by the auditors to be in need of significant improvement.

The auditors did note some opportunities to strengthen file documentation and suggestions were provided orally to the respective managers. As an example, some programs have project proposals or applications reviewed by review committees or individual reviewers but the review forms are not often dated or signed. In these cases, it was difficult to determine when the reviews took place and who performed them. In other situations, review committee decisions were amalgamated in committee minutes or other similar documents filed elsewhere and evidence of these decisions was not available in the individual program files. This left these program files less complete as stand alone records providing clear evidence of a sound application and approval process.

To ensure adequacy and completeness in the documentation maintained on grant and contribution files, it is recommended that:

2. ***The Branch identify Branch-wide minimum standards for grant and contribution file content checklists.***

Management Response:
Agreed. The Branch will assess how best to improve this area given the varying requirements and needs of Regions and Programs while ensuring that necessary information / material is easily accessible. A checklist to ensure files are complete has been developed and used in almost all areas.

PROJECT MONITORING

(A) Standards for Monitoring
The audit team found from the review of 121 sample project files that each of the funded projects were being monitored by program staff. Again, the amount of detail found on the files varied from program to program, from region to region and from one program consultant to another. Each file contained the required cash flow forecasts from recipients, and there was evidence that this information was being scrutinized by program staff and used as the foundation of the payments process. Periodic activity progress reports from the funding recipients used for monitoring purposes were also on file, where required.

The information found on the reviewed files indicated that the monitoring being carried out by PPHB program consultants was mainly focussed on program issues and results. While these monitoring priorities are important for program success, the evidence also suggested that the financial monitoring of recipients could be improved in some areas. For example, where funded projects span a number of years, as many do, the recipients rarely provided Health Canada with audited annual financial statements for their organization. Receiving such information would be useful in assuring the department that the funded organizations were still operating on a sound financial basis and would also alert program officials to situations where there might be financial management difficulties developing in recipient organizations and closer monitoring by the program consultant might be in order.

To ensure all program consultants carry out a consistent and sufficient level of project monitoring of Branch grants and contributions, it is recommended that:

3. ***The Branch develop and implement standards for monitoring grant and contribution agreements.***

Management Response:
Branch management supports the need for monitoring G&C financial information and project accomplishments, particularly with regards to projects that span over a number of years. The Branch will develop and implement appropriate monitoring guidelines to assist staff to exercise effective accountability in the management of grant and contribution agreements.

Since April 1, 1999, to ensure proper financial payments, the Lotus Notes G&C Database interfaces directly with SAP, the departmental financial system. This ensures accountability and minimizes the potential for error as payments can only be made after all financial information is confirmed accurate and approved by Accounting Services.

The Branch is currently developing a training program for program consultants and project officers. This training will cover a number of areas, such as: an overall review of Gs&Cs as a method of funding, including purposes and comparisons to the use of contracts; a review of Treasury Board Policy on Transfer Payments; roles and responsibilities related to accountability, monitoring (current and on-going) and appropriate actions; and criteria for audits will also be addressed.

(B) Financial Audits

The audit team found that payments were being made to all grant and contribution recipients in accordance with existing policy and were based on approved recipient cash flow forecasts. In the case of contributions, the payment amounts were based solely on assertions received from the recipient organizations as to their actual expenditures. PPHB has infrequently engaged independent auditors to review the actual expenses claimed by recipients and these audits have been organized on an "as required" basis and in an ad hoc fashion. The Branch's contribution audit coverage has not been extensive. For example, in 1998-99, a total of 15 audits were carried out. This represents about 1% of the contribution projects that received funding in that fiscal year.

It is AAB's view that the auditing of contributions in PPHB needs to be put on a more regularized footing. With the Branch's current ad hoc approach to auditing recipient organizations, the recipient organizations being audited often question the basis on which they were selected for particular scrutiny. In the absence of standards for selecting audit candidates, it is difficult for program staff to explain the rationale to these organizations while other funded projects equally worthy of scrutiny could well go unaudited. To provide greater assurance that reported expenditures by program recipients are in compliance with the terms and conditions of contribution agreements, and to comply with the audit requirements found in Treasury Board's new Policy on Transfer Payments effective June 1, 2000, it is recommended that:

4. ***The Branch develop and implement a formal risk-based framework for the audit of expenditures reported by contribution recipients.***

Management Response:
Agreed. In accordance with TB Policy on Transfer Payments, the Branch will develop and implement a policy/results-based management and accountability framework, for both new and renewed programs, which provides for appropriate measuring and reporting of results, as related to the purpose of providing resources through grants and contributions. Included will be a risk-based framework to identify and carry out audits of selected contribution agreements.

PAYMENTS

The AAB audit team found that the payments process for PPHB grants and contributions was well-managed. Funds were advanced to recipients based on their approved projected cash flow requirements and the advances were made in accordance with the levels and frequency permitted under the prevailing Treasury Board Policy on Transfer

Payments.

It was not possible for the auditors to fully assess the accuracy of expenditure claims submitted by contribution recipients since these claims were normally based solely on the recipient organization's assertion of actual expenses. There were also some isolated cases observed where small expense amounts were being claimed in advance of need, particularly close to year-end, but a widespread practice of payments occurring in the incorrect fiscal year was not evident from the documentation available.

For multi-year projects, it is PPHB's practice to reduce the first payment to a recipient in the new fiscal year by an amount equivalent to the funds paid out but not spent in the previous fiscal year. While this practice is intended to adjust the flow of funds to the recipient's anticipated level of need early in the new year, it can also result in a carryover of excess funds that otherwise should be lapsing at the end of the old year. When Health Canada begins reporting year-end financial information on an accrual basis in FY 2001-02, this practice poses the risk that some payments will be reported in a year other than the year in which the related expenditures actually occur.

To ensure Health Canada's year-end financial statements are accurate, it is recommended that:

5. ***Branch Financial Services ensure that any advance payments made to contribution recipients are properly accounted for at year-end.***

Management Response:
Agreed. Steps will be taken to ensure that payments are accounted for in the appropriate year. This could be undertaken during a review of policies and procedures for Grants and Contributions. In addition, to ensure accountability and minimize the potential for error with year-end payments, we will consult Accounting Services and Financial Management Services within the Branch.

Appendix A

APPENDIX A

Total Program Dollar Value Audited by Region and Program

Program*/ Region	Alberta	Atlantic	BC & Yukon	Manitoba	NCR	Ontario	QUE	Total/ Program
ADTR					$4,941400			$4,941,400
AHS	$2,205,229	$180,000	$2,869,815	$675,157				$5,930,201
HIV/AIDS		$491,202	$473,641	$41,750	$2,553,353	$1,256,890	$30,000	$4,846,836
CAPC	$865,500	$3,671,326	$2,772,618	$2,007,669		$8,654,751	$2,570,045	$20,541,909
CPNP	$51,000	$176,000	$96,700	$130,500		$986,473	$89,204	$1,529,877
HepC	$41,000					$3,500		$44,500
PHF	$320,000	$384,078	$20,741	$435,130	$2,703,095	$140,000	$95,000	$4,098,044
Tobacco					$2,137,000			$2,137,000
Total/ Region	**$3,482,729**	**$4,902,606**	**$6,233,515**	**$3,290,206**	**$12,334,848**	**$11,041,614**	**$2,784,249**	**$44,069,767**

Source: Audit and Accountability Bureau files

*** Legend:**

ADTR - Alcohol & Drug Treatment
AHS - Aboriginal Head Start
CAPC - Community Action Program for Children
CPNP - Canada Prenatal Nutrition Program
HepC - Hepatitis C
PHF - Population Health Fund (includes Canadian Breast Cancer Initiative)

Note:
As a result of the random selection of projects to be audited, the initiative consisting of the single annual grant of $3,000,00 to the National Cancer Institute of Canada for the Canadian Breast Cancer Research Initiative was not reviewed.

Appendix B

APPENDIX B

Total Number of Project Files Audited by Region and Program

Program*/ Region	Alberta	Atlantic	BC & Yukon	Manitoba	NCR	Ontario	QUE	Total/ Program
ADTR					4			4
AHS	2	1	2	1				6
HIV/AIDS		2	6	1	8	7	1	25
CAPC	3	2	6	2		7	14	34
CPNP	1	1	3	1		2	2	10
HepC	4					1		5
PHF	4	4	1	3	15	3	3	33
Tobacco					4			4
Total/ Region	**14**	**10**	**18**	**8**	**31**	**20**	**20**	**121**

Source: Audit and Accountability Bureau files

* **Legend:**

ADTR - Alcohol & Drug Treatment
AHS - Aboriginal Head Start
CAPC - Community Action Program for Children
CPNP - Canada Prenatal Nutrition Program
HepC - Hepatitis C
PHF - Population Health Fund (includes Canadian Breast Cancer Initiative)

Appendix C

APPENDIX C

PPHB Grants and Contributions Spending
FY 1998-1999 and FY 1999-2000 (Actual $)

Program	FY 1998-1999*	FY 1999-2000
Alcohol and Drug Treatment	14,500,000	14,570,000
Aboriginal Head Start	19,459,916	19,576,278
HIV/AIDS	27,594,195	29,948,734
Community Action Plan for Children	52,816,381	53,221,646
Canada Prenatal Nutrition	12,158,948	13,797,154
Hepatitis C	0	8,436,205
Population Health Fund	23,336,228	22,759,263
Tobacco	1,110,000	2,547,837
National Cancer Institute**	3,000,000	3,000,000
Total	153,975,668	167,857,117

Source: PPHB Financial Services

* NHRDP Funding Excluded
** single annual grant

Note:
There were 1,532 funded grant and contribution projects in FY 1998-1999 (excluding NHRDP) and 1,516 projects in FY1999-2000. Many projects receive funding in more than one fiscal year and thus would be counted in each year, if applicable.

Appendix D

APPENDIX D

GRANTS AND CONTRIBUTIONS
HEALTH PROMOTION AND PROGRAMS BRANCH[1]

THE ROLE OF THE HEALTH PROMOTION AND PROGRAMS BRANCH

The Health Promotion and Programs Branch (HPPB) of Health Canada plays a national role in improving the physical and mental health and well-being of Canadians. Using a population health approach and recognizing the importance of key interventions in each of the three life stages (childhood and youth, mid-life, and later life), HPPB develops, supports, promotes and coordinates health promotion and disease prevention programs. It also funds research projects and community-based projects which are consistent with the Branch's programs and priorities, and is involved in the collection and dissemination of information. In additional, HPPB makes an important contribution to the sustainability and renewal of Canada's health system.

Working in concert with other parts of the Department, numerous partners in the public, voluntary and private sectors, the Branch addresses a wide range of issues which affect the health of Canadians, such as HIV/AIDS, cancer, tobacco, alcohol and other drugs, nutrition and physical activity. HPPB develops national strategies that are sensitive to local realities. With four directorates located in Ottawa and six regional offices across Canada, HPPB is structured to respond to national and regional issues as they emerge.

TYPES OF CONTRIBUTION AGREEMENTS UNDER HPPB

Grants and contributions are one element of HPPB program delivery. They support activities designed to preserve and improve the health and well-being of Canadians area an important tool in health promotion and disease prevention. They are used to increase capacity for action or across the determinants of health, to develop, implement and disseminate innovative models applied to the population health approach, and to increase the knowledge base for future program and policy development.

Each funding program has a specific set of objectives, with national and/or regional priorities. Generally, all endeavour to support strategic research, enhance education or promote

---

[1] Material provided by PPHB and edited by AAB. This information is provided to give readers background and a general understanding of the Branch programs that were the subject of this audit. The material was prepared prior to Branch realignment.

community development.

Population Health Fund

Health Canada has adopted a population health approach to further its continuing mandate to maintain and improve the health of Canadians. The population health approach integrates action of a broad range of determinants that affect the health of all Canadians. To support this approach, the Population Health Fund has been created.

The goal of the Population Health Fund is to increase community capacity for action on or across the determinants of health. To achieve this goal, the Fund provides support to projects that facilitate joint planning and coordinated actions among voluntary organizations, service providers, governments and the private sector to improve population health. Fund activities focus on addressing the health issues of vulnerable populations.

Objectives

The Fund seeks to achieve three objectives through strategic project funding:

- to develop, implement, evaluate and disseminate models for applying the population health approach
- to increase the knowledge base for future program and policy development
- to increase partnerships and develop intersectoral collaboration.

Principles

Projects submitted for possible funding under the Population Health Fund are required to respect the following principles in project development and implementation.

Promoting Participation

Project activities must be relevant to the population being served. This is achieved by members of the population group and key stakeholders taking an active role in planning, implementing and evaluating the project, as well as disseminating the results.

Ensuring Intersectoral Collaboration

One element of success for a population health approach is the comprehensive and co-ordinated action by government, private, professional and voluntary sectors. Strong Intersectoral collaboration at local, municipal, provincial and national levels is necessary to create effective and coordinated activities to influence the interactions of health determinants. Partners may include volunteer and community groups, all levels of government, the business community, labour and professional organizations.

Eligible Applicants

Canadian voluntary not-for-profit organizations, and educational institutions may be considered for funding.

Requests for proposals developed by Health Canada specify which categories of eligible sponsors will be considered.

Projects may be funded for a period of up to 36 months.

The Fund is administered through the Regional Offices of Health Promotion and Programs Branch (for provincial/territorial, regional or local projects) and the National Office (for national projects) through the Population Health Development Division, Health Canada, in Ottawa.

Life Stage Priorities

Priorities for funding have been organized within the life cycle framework including Children and Youth, Early to Mid Adulthood and Later Life. Projects may involve more than one life stage and may also be designed to advance our general understanding of a population health approach and the determinants of population health.

Funding priorities for the Population Health Fund will be revised periodically. Requests for proposals will be developed following the establishment of priorities for the funding cycle. Eligible sponsoring organizations will then be contacted by Health Canada to submit proposals to address specific areas of action needed to further the objectives and priorities of the Fund.

Only projects that meet the funding objectives and criteria, address the current priorities and demonstrate a high degree of public participation and intersectoral collaboration will be considered from the selected potential applicants.

Community Action Program for Children (CAPC)

The Community Action Program for Children, a component of the Child Development Initiative, was announced by the Government of Canada in May 1992. CAPC is one in a series of steps taken in response to the 1990 World Summit on Children.

CAPC provides long term funding to community groups to establish and deliver services that respond to the developmental needs of children from birth to age six years who are living in conditions of risk. The Program focuses on prevention and early intervention so that children get a better start in life, are ready to start school and that their chances to participate fully in society as adults are enhanced. Examples of services include family resource centres, parent education, home visiting, play groups and child development activities.

The Program is targeted towards children living in low-income families; children living in teenage-parent families; children experiencing developmental delays, social, emotional or behavioural problems; abused or neglected children; and people who have, or who are likely to have, at-risk young children.

CAPC is jointly managed by Federal and Provincial/Territorial Governments and is delivered through Health Canada regional offices. Administrative protocols set out the priorities and how the Program is managed in each Province/Territory. They demonstrate the commitment of the

two levels of government to support communities for the benefit of children at risk.

Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP)

The Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP) was announced in July 1994 and was one of the programs promised in Creating Opportunity. This on going federal program is delivered in partnership with the provinces and territories through joint management agreements and with First Nations and Inuit communities.

CPNP is a comprehensive community-based program that supports pregnant women who face conditions of risk that threaten the health and development of their babies. The program provides food supplementation, nutrition counselling, support, education, referral and counselling on lifestyle issues.

The Program, delivered through Health Canada regional offices, funds community groups to establish and deliver services that address the needs of low income pregnant women. Long-term financial assistance is provided through contributions to support these services.

CPNP supports comprehensive community-based services, especially designed to build upon existing prenatal health programs across Canada. It offers resources (based on the number of births) to provinces and territories to expand prenatal nutrition programs, and in cases where they do not exist, to assist in setting them up. The Program establishes and enhances services but does not duplicate or replace other government services.

CPNP is targeted towards pregnant women living in poverty, pregnant adolescents, youth at risk of becoming pregnant, pregnant women who abuse alcohol or other substances, pregnant women living in violent situations, refugees and immigrant women, and First Nations, Métis and Inuit women, pregnant women living in isolation or not having access to services.

The Program is jointly managed by Federal and Provincial/Territorial Governments. Administrative protocols, established through the Community Action Program for Children, set out the terms and conditions of how the Program will be managed in Province/Territory.

Community Action Program for Children
and the Canada Prenatal Nutrition Program
National Projects Fund (CAPC/CPNP NPF)

The CAPC/CPNP National Projects Fund (NPF) was created following the February'97 Budget announcement that increased funding for CAPC/CPNP for a three years period.

The National Projects Fund is intended to support the objectives of CAPC/CPNP programs and benefit directly CAPC and CPNP projects across the country. The NPF supports time-limited projects which have a national impact and respond to common and emerging issues identified in consultation with Joint Management Committees and CAPC/CPNP projects.

The objectives of the NPF are:

- to support and strengthen CAPC/CPNP projects through training on specific issues, resource development and information sharing and dissemination;
- to encourage and stimulate the development of a national network of community-based children's programs;
- to share the knowledge base from CAPC and CPNP learning among CAPC and CPNP projects and with communities (including other children's services, researchers, educators and policy makers).

Aboriginal Head Start (AHS)

Aboriginal Head Start (AHS) is a federally-funded early intervention strategy for First Nations, Inuit and Métis children and their families living in urban centres and large Northern communities. Aboriginal Head Start projects typically provide half-day preschool experiences that prepare young Aboriginal children for their school years by meeting their spiritual, emotional, intellectual and physical needs.

Generally, AHS projects operate four days per week, with 30-40 children 3-5 years old, in morning and afternoon sessions in a structured pre-school environment. Each project includes the following components: culture and language, education, health promotion, nutrition, social support programs and parental involvement. Aboriginal Head Start projects are run by locally managed Aboriginal non-profit organizations that regard the parent/care giver as the natural advocate of the child.

Parents are directly involved in the management and operation of projects. Aboriginal Head Start projects help parents develop the necessary skills to actively contribute to their child's healthy emotional/social development, increase their confidence as parents and improve family relationships.

The program was announced in May 1995 with a four-year pilot phase (1995-96 to 1998-99), as well as ongoing funding after the pilot phase. Since its inception, extensive AHS project activity has taken place across Canada. In 1998, a major expansion of Aboriginal Head Start to First Nations communities on-reserve began.

Communities are committed to developing the best projects possible, in healthy environments with trained staff. Between 3,000 and 4,000 Aboriginal children participate in AHS projects each year. The program has generated significant excitement and commitment in urban and northern Aboriginal communities. Reports indicate that parents are very pleased with the progress that their children are making and with the opportunity to be involved with Aboriginal Head Start.

Health Canada regional offices work directly with projects to ensure program quality. There is

also a unit at Health Canada in Ottawa that provides national coordination and leadership to the program.

HIV/AIDS Programming

1) Canadian HIV/AIDS Contribution Program
(Care Treatment and Support Program)

The need for care, treatment and support for Canadians living with HIV/AIDS is growing. More people are being infected, and are living longer with the virus. The increasing complexity of the epidemic is making it harder to care for individuals and support their caregivers. More and more, these individuals exist outside the mainstream of our society, socially, economically and culturally.

A new approach has been fashioned through consultations with those working in the field of HIV/AIDS. Work under this component:

- supports the best treatment possible for people living with HIV/AIDS by their professional and non-professional caregivers; and,

- identifies and eliminates potential barriers that prevent us from giving the best care and support to people living with HIV/AIDS.

2) Canadian HIV/AIDS Contribution Program
(Prevention and Community Action Programs)

The Prevention and Community Action Programs (PCAP) provides directed funding for experimental /developmental initiatives with national scope and significance that contribute to the goals of the Canadian Strategy on HIV/AIDS. These initiatives can be both research or program oriented.

PCAP has three main areas of focus which are as follows: a) strategic directions, prevention research, synthesis of knowledge; b) model development; and c) capacity building. PCAP provides leadership in the prevention of HIV transmission through the development and support of working partnerships among governmental, voluntary and community sectors. This is accomplished through directed funding for time-limited projects that address the following: needs of vulnerable populations; integration of evaluation into initiatives; dissemination of key findings from research and programming; improving the capacity of organizations and health professionals to respond to the needs of HIV infected people and those at risk; creating and sustaining partnerships; and the development of strategies and programs which address the major determinants of health for vulnerable populations.

The following types of organizations may be funded under PCAP: national, regional and local non-government organizations, and voluntary organizations; national, regional and local professional and provider organizations; educational institutions; and university departments

with expertise in prevention theory, research and/or development.

Activities may include: initiatives to determine economic impact of HIV prevention, needs assessments and determinants of behaviour research; program development research; model development; demonstration of program models; program evaluations; consultations and conferences; development of resource materials; and professional development.

3) Canadian HIV/AIDS Contribution Program
(Support to National Non-Government Organizations)

Under the Canadian Strategy on HIV/AIDS, support to national non-government organizations is an essential component of maintaining and enhancing the strong community response to HIV/AIDS. The focus of this fund is to ensure that HIV/AIDS related issues are addressed in a strategic, multi-sectoral, collaborative way through a strong community infrastructure.

Organizations which receive operational support focus on partnerships and strategies which broaden the community/public response to HIV/AIDS. National organizations take issues identified at the local community level and provide the impetus for a multi-level response.

Specific criteria for funding including organizational mandates, membership/constituency base, partnerships, and a demonstrated ability to address the strategic elements of the Strategy are part of the funding guidelines. Operational funding is multi-year to enable organizations to undertake longer term strategic planning and implementation of initiatives.

4) Canadian HIV/AIDS Contribution Program
(AIDS Community Action Program (ACAP)

The objectives of the AIDS Community Action Program (ACAP) are to support national and regional efforts under the Canadian Strategy on HIV/AIDS through: targeted prevention education activities; health promotion for people living with HIV/AIDS; the strengthening of Community-based organizations; and creation of supportive social environments by reducing barriers regarding AIDS.

Organizations receiving ACAP funding are expected to conduct their supported activities according to the five ACAP principles: community development; health promotion; partnership and collaboration; population health; and evaluation. These principles guide the way organizations carry out their activities.

Voluntary, non-profit, non-government, community-based organizations who are working with HIV/AIDS issues are eligible for project funding. This includes groups whose principal mandate may not be AIDS programming, but who have identified a need to address HIV/AIDS-related issues in their community. Project funding is allocated either as a grant or as a contribution and is provided to the community through the national and regional streams. Community-based organizations whose principal mandate is HIV/AIDS are eligible for

operational funding which is only available through the regional stream.

5) Canadian HIV/AIDS Contribution Program
(Off-Reserve Urban and Rural First Nations, Inuit and Metis Solicited HIV/AIDS Funding)

Under the Canadian Strategy on HIV/AIDS, funding is provided for Aboriginal-specific AIDS initiatives for urban and rural off-reserve communities. Funds are administered for solicited projects by the Prevention and Community Action Programs (PCAP). The plan to manage and administer this allocation came about as a result of a comprehensive consultation with the Aboriginal community across Canada.

The goal of the allocation is to provide funding for time-limited projects that will enhance the capacity of Aboriginal communities to address HIV/AIDS, enhance sustainability and encourage integration of HIV/AIDS work. The types of projects supported by this fund can be flexible, as long as they benefit rural and urban off-reserve communities and meet the objectives of the fund.

Objectives
Projects must address at least one of the three policy directions of the CSHA, while meeting at least one of the following objectives:

- To build on existing work in the community, as opposed to establishing new infrastructure;
- To support efforts that enhance partnerships among voluntary organizations, Aboriginal political organizations, and governments, in a effort to improve the sustainability of community-based AIDS work; or,
- To work to make HIV/AIDS an integrated component of existing work being undertaken in the Aboriginal community by existing agencies/organizations.

Principles
Projects submitted for possible Off-Reserve Urban and Rural First Nations, Inuit and Metis HIV/AIDS funding are required to respect the following principles in project development and implementation.

Promoting Participation
Project activities must be relevant to the population being served. This is achieved through the meaningful participation of the population group in the identification of need, and the development, planning, implementation and evaluation of the project. The expression of this participation is required in the application form for the fund.

Partnerships and Collaboration
In order for projects to have the greatest impact possible, applicants are required to demonstrate meaningful supports in the execution of the work plan, along with partnerships that will assist

in, or benefit from, the work of the project. Collaboration to enhance regional networks and coalitions can also be supported through this fund.

Cultural Relevance
Projects must assist First Nations, Inuit and Metis communities in their efforts to address HIV/AIDS while reflecting the diversity of the respective Aboriginal populations. Projects should use approaches that are culturally relevant to population the project intends to serve. Proposed initiatives should also reflect effective and efficient implementations strategies within the context of self-determination for Aboriginal people.

Evaluation
All projects must contain an element of evaluation for both process and outcomes. Successful applicants are also expected to participate in a culturally-specific evaluation program which is currently in the final stages of development following consultation with the three Aboriginal populations and Aboriginal people living with HIV/AIDS. The evaluation program focuses on capacity building, while enhancing accountability to the community and to the CSHA. Successful applicants are also required to provide quarterly financial reports, narrative reports, and interim evaluations to ensure continued, uninterrupted funding.

Eligible Applicants
All applicant organizations must be voluntary non-profit organizations that can demonstrate that they are directed by a majority of people who are of Aboriginal descent. In addition, applicants must ensure that their project will only serve off-reserve populations. Note: Funding for on-reserve First Nations and Inuit HIV/AIDS initiatives is the responsibility of Medical Services Branch of Health Canada.

Canadian Breast Cancer Initiative

In December 1992, the federal government launched the Canadian Breast Cancer Initiative. In June 1998, Phase II of the Initiative was announced. The objectives of the Canadian Breast Cancer Initiative (CBCI) are to reduce the incidence of breast cancer, reduce mortality as a result of breast cancer, and improve the quality of life of those affected by breast cancer, and their support networks.

CBCI works collaboratively with a range of national, provincial and territorial breast cancer organizations and groups to develop priorities for grant and contribution funding. The purpose is to provide support to enhance the capacity of groups and networks to participate within the breast cancer field, and ultimately to enable them to provide information and support to women with breast cancer, their families and care givers. Currently, the Initiative provides project funding to the Canadian Breast Cancer Network, and to other groups and networks concerned with breast cancer, on an annual basis, for the duration of Phase II of the CBCI, 1998 - 2003. During Phase I (1993 - 1998), the Initiative provided funding to develop five Breast Cancer Information Exchange Projects across Canada.

The CBCI grants and contribution funding is administered by the Population Health Fund.

Alcohol and Drug Treatment and Rehabilitation (ADTR) Program

The Alcohol and Drug Treatment and Rehabilitation (ADTR) Program is a cost-shared program through which provinces and territories access funding to improve access to innovative treatment and rehabilitation programs related to alcohol and other drugs. Youth are the prime target group for services funded under ADTR; other populations at risk, such as women, are also targeted.

The ADTR program is one element of the federal government's efforts to reduce the harm to individuals, families and communities associated with the abuse of alcohol and other drugs.

Within a maximum ceiling, the federal government reimburses 50% of the eligible costs incurred by participating provinces and territories in providing alcohol and drug treatment and rehabilitation services. The types of reimbursable services include detoxification; assessment and referral; counselling/case management; therapeutic intervention (residential, outpatient, and outreach); aftercare/clinical follow-up; research and evaluation; early identification and intervention; awareness and development; access services; and knowledge dissemination.

Tobacco Control Initiative

Health Canada has developed the Tobacco Control Initiative (TCI), the latest federal government undertaking on tobacco control, which represents a commitment of $100 million over five years. The key components of the TCI are legislation and regulations, enforcement, research, and public education. The goal of the TCI is to improve the overall health and quality of life of Canadians, particularly young Canadians, through the reduction of tobacco-related illness and death by preventing non-smokers from starting to smoke; by protecting the health of non-smokers; and by encouraging and helping those who wish to quit smoking.

Hepatitis C
Prevention Support and Research Program

The Hepatitis C Prevention Support and Research Program was established to: contribute to the prevention of the Hepatitis C infection; promote the development and availability of tools and mechanisms in support of persons infected with or affected by Hepatitis C; provide a stronger evidence base for Hepatitis C policy and programming decisions and advance prevention, treatment and cure options by expanding the body of available research and research capacity; and strengthen the response of the Canadian population to Hepatitis C through increased awareness and capacity.

Health Canada officials have worked closely with key stakeholders and community representatives to establish priorities for the support and promotion of disease prevention, care and awareness and research relating to Hepatitis C. These established priorities serve as guidelines for funding relevant initiatives across the country.

The purpose of Care and Awareness Project funding is to support national level projects of broad national significance, working with professional organizations and institutions to address needs identified by the Program for tools, services and information to support persons infected with and affected by and at risk of Hepatitis C.

The purpose of Community-Based Support Regional Project Funding is to support time-limited, specific activities and address Hepatitis C needs and priorities as identified by the project's target community. Regional Project Funding will be provided to regional and local non-profit, community-based organizations.

With respect to research, grants are given through the Health Canada/Medical Research Council Joint Hepatitis C Research Initiative in addition to selected grants funded by the Hepatitis C research program.

Hepatitis C
Undertaking Initiative

The Undertaking Initiative is a transfer to the provinces and territories of up to $300 million over the next 20 years to ensure that all those who contracted Hepatitis C through the blood system, no matter when, would have reasonable and ongoing access to the medical goods and services needed for appropriate treatment.

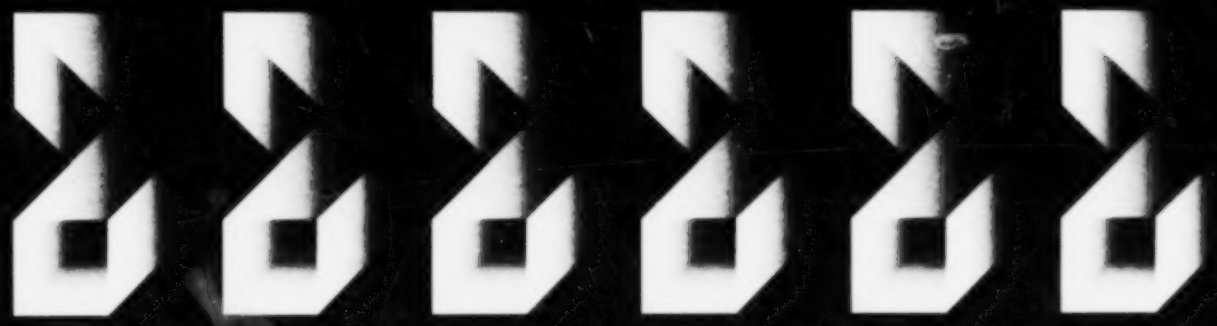
Hepatitis C
Lookback/Traceback Initiative

The purpose of the Lookback/Traceback Initiative is to help identify those who have been infected through the blood system or who have donated infected blood. Many of these people are not aware that they are infected, and are not being treated. The federal government has committed to pay half, up to an amount of $50 million, of the cost of provincial and territorial lookback/traceback initiatives.

Health Canada Santé Canada

Audit and Accountability Bureau

Bureau de la vérification et de la responsabilisation



RAPPORT DE VÉRIFICATION INTERNE

Vérification des subventions et des contributions

Direction générale de la santé de la population et de la santé publique

Septembre 2001

Canada

RAPPORT DE VÉRIFICATION INTERNE

Vérification des subventions et des contributions

Direction générale de la santé de la population et de la santé publique Santé Canada

Vérification effectuée par le
Bureau de la vérification et de la responsabilisation
Santé Canada
Septembre 2001

Numéro de vérification : 1824-30-00-24

To obtain a copy of the English version, please contact the Bureau, at (613) 957-4360

Notes du Ministère:

La présente vérification a été effectuée avant le remaniement de Santé Canada, qui a eu lieu le 1er juillet 2000. La Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP) se nommait auparavant Direction générale de la promotion et des programmes de la santé (DGPPS).

Elle a également été effectuée avant une réorganisation qui a eu lieu le 4 décembre 2000; à cette date, la Direction de la vérification interne (DVI) de Santé Canada est devenue le Bureau de la vérification et de la responsabilisation (BVR).

Chronologie de la vérification

• Début des travaux de vérification	Février 2000
• Fin des travaux de vérification	Mai 2000
• Ébauche du rapport de vérification présentée pour obtenir des commentaires	Juin 2000
• Ébauche du rapport de vérification acceptée par le sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique	Novembre 2000
• Réactions définitives de la direction - Direction générale	Mars 2001
• Rapport de vérification approuvé par le Comité ministériel de la vérification et de l'évaluation	Septembre 2001

contenu

Sources

1 INTRODUCTION

Objectif de la vérification 1

Portée 1

Critères de vérification 1

Méthodologie 2

2 RÉSULTATS DE LA VÉRIFICATION

Aperçu 3

Cadre de gestion 4

Processus de demande et d'approbation de projets 5

Modifications de l'entente 5

Documentation 6

Surveillance du projet 7

A) Normes de surveillance 7

B) Vérifications financières 8

Paiements 9

ANNEXE A

Valeur monétaire totale des programmes vérifiés, selon la région et le programme

ANNEXE B

Nombre total de dossiers de projets vérifiés, selon la région et le programme

ANNEXE C

Dépense des subventions et contributions de la DGPPS

ANNEXE D

Subventions et contributions

Direction générale de la promotion et des programmes de la santé

La présente vérification a été effectuée par le Bureau de la vérification et de la responsabilisation (BVR), Santé Canada. Le dirigeant de l'équipe était **Stephen Arnold**, BVR. L'équipe de vérification se composait des membres suivants:

Michael Bartlett (en vertu d'un contrat avec le BVR)
Robert Delisle (en vertu d'un contrat avec le BVR)
Annie Desjardins - Direction des projets spéciaux de la DGSG
Carolyn Jeffrey - BVR
William Lunney (en vertu d'un contrat avec le BVR)
Kelley Mair - Direction des projets spéciaux de la DGSG
Andrew Payer - Direction des projets spéciaux de la DGSG
Lee-Yong Tan - Direction des projets spéciaux de la DGSG

1
INTRODUCTION

OBJECTIF DE LA VÉRIFICATION

La présente vérification avait pour objectif d'examiner la gestion des subventions et contributions de la Direction générale de la santé de la population de la santé publique (DGSPSP) de Santé Canada.

PORTÉE

La vérification des subventions et contributions de la DGSPSP portait sur toutes les initiatives de financement de la Direction générale[1]. La vérification consistait à examiner les projets financés qui sont gérés dans les bureaux régionaux de la Direction générale ainsi qu'à l'administration centrale. Pour ce faire, on a étudié des dossiers de projets choisis au hasard et les dossiers financiers connexes. On a mis l'accent sur les projets qui ont reçu du financement au cours de l'exercice 1998-1999 et (ou) 1999-2000. On a également tenu compte du financement reçu au cours des exercices antérieurs à 1998-1999. Parmi les 121 projets examinés, 51 (46 %) ont reçu du financement au cours d'exercices précédents.

CRITÈRES DE VÉRIFICATION

La gestion des subventions et contributions à la DGSPSP a été évaluée en fonction de normes établies dans la Politique du Conseil du Trésor sur les paiements de transfert du 15 octobre 1996[2]. On s'est également fondé sur les modalités générales des subventions et contributions de la DGSPSP pour procéder à la vérification. Ces modalités figurent dans la présentation intitulée « Promotion de la santé de la population » de Santé Canada (CT 826640), qui a été approuvée par le Conseil du Trésor en 1998, et dans la présentation intitulée « Programme d'aide préscolaire aux Autochtones » (CT 822677), qui a été approuvée en 1995. Les modalités autorisées par la présentation CT 826640 sont entrées en vigueur le 1er avril 1999 et intégraient essentiellement les modalités des programmes de Promotion de la santé de la population qui existaient auparavant.

---

1 Les programmes vérifiés sont énumérés à l'annexe A.

2 La politique de 1996 était en vigueur au moment où on a procédé à la vérification. Par la suite, le Conseil du Trésor a publié une politique révisée sur les paiements de transfert, qui est entrée en vigueur le 1er juin 2000.

MÉTHODOLOGIE

La vérification a été effectuée par une équipe dirigée par le Bureau de la vérification et de la responsabilisation (BVR) de Santé Canada. L'équipe de vérification a fondé son examen sur un échantillon aléatoire de 121 dossiers de subventions et de contributions (pour de plus amples renseignements, consulter les annexes A et B). Cet échantillon représente environ 8 % de la population totale des projets pouvant être examinés au cours de la période à l'étude. Sur le plan monétaire, l'échantillon totalisait 44 millions de dollars en financement de projets. De ce montant, 12 millions s'appliquaient à l'exercice 1998-1999 (sur un budget approximatif de 154 millions de dollars), et 13 millions à l'exercice 1999-2000 (sur un budget approximatif de 168 millions de dollars. Les 19 millions de dollars restants visés par la vérification étaient associés aux 51 projets qui ont également été financés au cours des exercices antérieurs à 1998-1999.

On a sélectionné 121 projets afin d'examiner un nombre représentatif de projets dans chaque région et dans les deux principales directions de programme à l'administration centrale. Les annexes A et B présentent la répartition des projets vérifiés. On a examiné chaque dossier pour vérifier si les projets avaient été bien gérés et si on avait suivi les politiques et les normes qui s'appliquent aux subventions et contributions. Au besoin, on a interrogé de nouveau les employés de la DGSPSP pour obtenir des informations supplémentaires.

Remarque au sujet de la vérification :

La DGSPSP a élaboré et une base de données complète et automatisée qu'elle met à jour et utilise pour gérer les subventions et contributions à la Direction générale. La base de données a été établie pour un certain nombre d'années et a fait l'objet de mises au point continues. De cette façon, on comptait répondre aux besoins des gestionnaires en matière d'information sur les subventions et contributions. La base de données est également liée au système financier du Ministère pour le traitement efficient des engagements et des paiements.

L'équipe de vérification a trouvé que la base de données constitue une source d'information très utile sur les subventions et contributions de la Direction générale. La présente vérification ne visait pas une évaluation approfondie des systèmes de la base de données.

RÉSULTATS DE LA VÉRIFICATION

APERÇU

Entré en vigueur le 1er avril 1999 grâce à la décision du CT 826640, le Programme de la santé de la population a été autorisé à titre de fondement du secteur d'activité de la Promotion de la santé de la population à Santé Canada. Dans le cadre de cette initiative, la DGSPSP a combiné dix programmes de subventions et contributions en un seul programme-cadre de subventions et de contributions. Même si le programme de la Promotion de la santé de la population fournit le cadre général des autorisations, on a vérifié des dossiers de projets sélectionnés au hasard parmi les divers programmes de financement qui en font partie.

Le CT 822677 vient compléter le CT 826640; il fournit les modalités approuvées pour le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Cette initiative de subventions et de contributions fait partie du secteur d'activité de la santé des Autochtones, mais elle est gérée par la DGSPSP.

L'annexe C présente le financement octroyé à chaque programme au cours des exercices 1998-1999 et 1999-2000. Pour favoriser une bonne mise en contexte, l'annexe D contient une description détaillée des programmes de santé de la population et du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones.

En examinant les dossiers, le BVR voulait évaluer la mesure dans laquelle les mécanismes de contrôle clés de la gestion des subventions et contributions sont adéquats. On a tenu compte des composantes de gestion suivantes :

- les objectifs du programme sont clairement énoncés;
- les modalités d'entente sont claires;
- les candidats potentiels sont informés des lignes directrices du programme et des règles d'admissibilité;
- l'examen et l'approbation des candidatures déposées sont appropriés;
- les paiements sont effectués comme il se doit;
- chaque subvention et contribution est surveillée de façon appropriée;
- le système d'information de gestion du programme fournit des

renseignements fiables, pertinents et opportuns sur les activités et les dépenses du programme.

Les résultats de la vérification sont présentés dans les sections du rapport qui ont trait aux éléments suivants :

- cadre de gestion;
- processus de dépôt et d'approbation des projets;
- modifications de l'entente;
- documentation;
- surveillance du projet;
- paiements.

CADRE DE GESTION

Le cadre de gestion des projets de subventions et de contributions de la DGSPSP qui font l'objet d'une vérification se fonde sur les modalités contenues dans les exposés de décision CT 826640 et CT 822677. CT 826640 est entré en vigueur le 1er avril 1999, et il intégrait les modalités de dix programmes de subventions et de contributions qui étaient en place à la DGSPSP avant cette date. Lorsqu'on les combine, ces deux exposés de décision constituent une norme en fonction de laquelle on peut évaluer les programmes et le principal repère qui nous permet de déterminer la conformité des 121 projets sélectionnés.

Selon l'équipe de vérification du BVR, le cadre de gestion des subventions et contributions de la DGSPSP fondé sur les documents CT 826640 et CT 822677 est judicieux. Les documents contiennent les modalités qui précisent clairement les éléments suivants :

- but et objectifs du programme;
- critères d'utilisation des fonds du programme;
- admissibilité des demandeurs;
- définition claire de la catégorie de bénéficiaires;
- processus de demande (expliqué en détail pour chaque programme constitutif)
- processus d'examen et d'approbation des demandes;
- critères d'admissibilité pour la proposition de projets;
- limites de financement et de durée des projets financés;
- modalités de paiement du financement;
- délégation des pouvoirs de conclure des ententes et de modifier et d'effectuer des paiements;
- détermination des dépenses admissibles;
- contenu général exigé dans les ententes, comme les exigences relatives à la tenue de livres, le droit de vérification, les dispositions relatives aux conflits d'intérêts, les besoins en matière d'évaluation des projets, etc.;
- renonciation rédigée en bonne et due forme et stipulant que le financement accordé au programme ne suppose aucun engagement

au-delà de la limite de financement approuvée et immédiate et de la période de financement.

L'équipe de vérification a signalé qu'aucun élément clé ne manquait à ce cadre de gestion et que les 121 projets vérifiés respectaient les normes déterminées.

PROCESSUS DE DEMANDE ET D'APPROBATION DE PROJETS

Les documents approuvés par le CT relativement aux programmes énoncent de façon efficace les exigences générales qui concernent les demandes et les approbations de projets. Pour chacun des programmes constitutifs, comme le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, le Programme d'action communautaire pour les enfants, le Programme canadien de nutrition prénatale et d'autres, on a élaboré des processus de demandes et d'approbation secondaires pour répondre à leurs propres besoins. L'équipe de vérification du BVR a constaté, à la lumière des documents contenus dans les dossiers, que ces processus variaient de maintes façons, mais qu'ils étaient en place et fonctionnaient comme prévu.

MODIFICATIONS DE L'ENTENTE

Les 121 projets de subventions et de contributions examinés par l'équipe de vérification du BVR étaient tous étayés par une entente conclue entre les organismes bénéficiaires admissibles et Santé Canada. Compte tenu de la nature des programmes de financement, 83 ententes de contribution couvraient plusieurs années. Les vérificateurs ont fait remarquer qu'un certain nombre de programmes étaient échus d'après l'entente applicable. Lorsqu'on s'entendait pour continuer à financer le programme, la Direction générale prolongeait l'entente en question en échangeant une lettre de modification avec le bénéficiaire ou en concluant une nouvelle entente de contribution.

Dans bien des cas examinés où l'entente a été reconduite au moyen d'une lettre de modification, on a constaté que la reconduction était souvent établie après la date d'expiration de l'entente initiale. Même s'il était raisonnable que la Direction générale et les bénéficiaires désirent poursuivre leur relation de financement, le fait qu'on tarde à rédiger des documents de modification créait effectivement une période pendant laquelle aucune entente n'était en vigueur. Bien que toutes les ententes de reconduction subséquentes prévoient toujours des dispositions pour compenser le retard, un certain nombre de questions posent problème : est-il approprié de reconduire une entente déjà échue? Est-il approprié de rembourser les dépenses engagées au cours d'une période où il n'y avait aucune entente officielle avec le bénéficiaire? Pour faire en sorte que la reconduction d'une entente de financement soit appropriée, on recommande les mesures suivantes :

1. La Direction générale doit mettre des procédures en place pour

assurer l'exécution opportune de la reconduction ou du renouvellement des ententes de contribution.

Réaction de la direction :

Convenu. La Direction générale communiquera aux secteurs du programme la nécessité d'examiner et d'évaluer les politiques et procédures existantes, afin d'assurer la validité des ententes tout au long du financement. Par ailleurs, les experts-conseils du programme seront encouragés à informer les bénéficiaires des délais nécessaires pour obtenir des prolongations et des renouvellements.

DOCUMENTATION

L'équipe de vérification a trouvé que le contenu des dossiers de projet était complet dans la majorité des cas examinés. Pour des raisons pratiques, le contenu variait quelque peu d'un programme à l'autre, d'une région à l'autre et même d'un consultant de programme à l'autre. De plus, on utilise à la Direction générale diverses listes de vérification qui établissent ce que l'on devrait conserver dans les dossiers. Dans moins de 4 % des cas examinés, le contenu des dossiers sur le programme examiné par les vérificateurs devait être amélioré de façon considérable.

Les vérificateurs ont noté certaines façons d'améliorer la documentation et ont formulé oralement des suggestions à l'intention des gestionnaires concernés. À titre d'exemple, dans certains programmes, les propositions ou les demandes de projets sont examinées par des comités spéciaux ou des examinateurs, mais les formulaires d'examen sont rarement datés ou signés. En pareil cas, il était difficile de déterminer à quelle date on avait procédé à l'examen et qui l'avait effectué. Dans d'autres situations, les décisions du comité d'examen étaient regroupées sous forme de procès-verbaux ou d'autres documents semblables classés ailleurs, et le dossier du programme ne contenait aucune preuve de ces décisions. Ainsi, ces dossiers, en tant que dossiers indépendants, étaient moins complets, car ils ne contenaient aucune preuve claire qu'on ait poursuivi un processus de demande et d'approbation judicieux.

Pour assurer le caractère adéquat et exhaustif des documents conservés dans des dossiers de subventions et de contributions, on recommande de prendre la mesure suivante :

2. La Direction générale doit déterminer des normes minimales pour toute la Direction générale en ce qui concerne les listes de vérification du contenu des dossiers de subvention et de contribution.

Réaction de la direction :

Convenu. La Direction générale évaluera quelle est la meilleure manière d'améliorer ce secteur, étant donné que les demandes et les besoins des régions et des programmes varient, et fera en sorte que l'information et le matériel nécessaires soient facilement accessibles. On a établi une liste de vérification pour s'assurer que les dossiers sont complets et on l'a utilisée dans la plupart des secteurs.

SURVEILLANCE DU PROJET

(A) Normes de surveillance

Après avoir examiné 121 échantillons de dossiers de projet, l'équipe de vérification a constaté que chacun des projets financés avait été surveillé par le personnel du programme. Là encore, le contenu des dossiers n'était pas aussi détaillé d'un programme à l'autre, d'une région à l'autre et d'un consultant de programme à l'autre. Chaque dossier contenait les prévisions de trésorerie requises de la part des bénéficiaires ainsi que des preuves du fait que l'information avait été examinée soigneusement par le personnel du programme et utilisée comme fondement du processus de paiement. De plus, au besoin, on y trouvait également des rapports d'étape périodiques rédigés par les bénéficiaires et utilisés à des fins de surveillance.

L'information trouvée dans les dossiers examinés révélait que les mesures de surveillance prises par les consultants de programmes de la DGSPSP portaient essentiellement sur les enjeux et les résultats du programme. Même si ces priorités en matière de surveillance sont importantes pour la réussite du programme, les preuves laissent également croire qu'on pourrait améliorer certains aspects de la surveillance financière des bénéficiaires. Par exemple, lorsque des projets financés s'étendaient sur un certain nombre d'années, comme c'est le cas de nombre d'entre eux, les bénéficiaires ont rarement fourni à Santé Canada des états financiers annuels vérifiés pour leur organisation. S'il disposait de ce genre d'information, le Ministère pourrait s'assurer que les organismes financés existent toujours et sont en bonne santé sur le plan financier. De plus, cela permettrait aux responsables des programmes de cerner les difficultés des organisations bénéficiaires en matière de gestion financière, et aux consultants de programmes d'assurer une surveillance plus serrée.

Pour s'assurer que tous les consultants de programmes surveillent de la même façon et d'une manière suffisante les projets de subventions et de contributions de la Direction générale, on recommande de prendre la mesure suivante :

3. La Direction générale devrait élaborer et mettre en œuvre des normes pour la surveillance des ententes de subventions et de contributions.

Réaction de la direction :

La direction de la Direction générale appuie le besoin de surveillance de l'information financière concernant les subventions et les contributions et les réalisations des projets qui en dépendent, en particulier les projets qui durent un certain nombre d'années. La Direction générale établira et mettra en oeuvre des directives de surveillance pertinentes pour aider le personnel à assurer une responsabilisation de façon efficace dans le cadre de la gestion des ententes de subventions et de contributions.

Depuis le 1er avril 1999, pour garantir les paiements financiers réguliers, la base de données des subventions et des contributions sur Lotus Notes est en connexion directe avec le SAP, le système financier ministériel. Ceci assure la responsabilisation et minimise le potentiel d'erreur étant donné qu'on peut effectuer les paiements seulement après que l'information financière est confirmée exacte et approuvée par les Services comptables.

La Direction générale élabore actuellement un programme de formation à l'intention des experts-conseils de programme et des agents de projet. Cette formation portera notamment sur un examen général des subventions et des contributions comme méthode de financement, y compris les buts et les comparaisons pour l'utilisation des contrats; un examen de la politique du Conseil du Trésor sur les paiements de transfert; les rôles et responsabilités liés à la responsabilisation, à la surveillance (actuelle et continue) et aux mesures pertinentes; on abordera également les critères des vérifications.

(B) Vérifications financières

L'équipe de vérification a constaté que les paiements étaient versés à tous les bénéficiaires de subventions et de contributions conformément à la politique existante et qu'ils étaient fondés sur les prévisions de trésorerie approuvées et fournies par les bénéficiaires. Dans le cas de contributions, le montant des paiements était calculé uniquement en fonction des assertions des organisations bénéficiaires quant à leurs dépenses réelles. La DGSPSP a rarement embauché des vérificateurs indépendants pour qu'ils examinent les dépenses réelles déclarées par les bénéficiaires. On a procédé à ces vérifications lorsque cela était nécessaire et dans des situations spéciales. On n'a pas vérifié tous les projets de contribution de la Direction générale. Par exemple, en 1998-1999, on a procédé au total à 15 vérifications. Cela représente environ 1 % des projets de contribution qui ont reçu du financement au cours de cet exercice.

Selon le BVR, il faut procéder plus régulièrement à la vérification des contributions de la DGSPSP. Comme la Direction générale ne vérifie que très rarement les activités des organisations bénéficiaires, les organisations qui font l'objet d'une vérification contestent souvent la raison pour laquelle on a choisi de passer leurs activités au peigne fin. En l'absence de normes de sélection des candidats à la vérification, il est difficile pour le personnel du programme d'expliquer à ces organisations pourquoi elles font l'objet d'une vérification tandis que d'autres projets financés qui méritent autant d'être examinés peuvent éviter ce processus. Pour s'assurer que les dépenses déclarées par les bénéficiaires d'un programme sont conformes aux modalités des ententes de contribution et pour satisfaire aux exigences en matière de vérification énoncées dans la nouvelle Politique du Conseil du Trésor sur les paiements de transfert en vigueur depuis le 1er juin 2000, on recommande de prendre la mesure suivante :

4. La Direction générale doit élaborer et mettre en œuvre un cadre officiel pour la vérification en fonction du risque des dépenses déclarées par les bénéficiaires de contributions.

Convenu. Conformément à la Politique sur les paiements de transfert du Conseil du Trésor, la Direction générale élaborera et mettra en œuvre un cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats et la politique, pour les nouveaux programmes et les programmes reconduits, qui permettra de mesurer les résultats et d'en faire rapport de façon appropriée, et ce, dans la mesure où ils sont liés à l'objectif de fournir des ressources au moyen de subventions et de contributions. Elle élaborera également un cadre axé sur les risques afin de déterminer et d'effectuer les vérifications de certaines ententes de contributions.

PAIEMENTS

L'équipe de vérification du BVR a trouvé que le processus de paiement des subventions et contributions de la DGSPSP était bien géré. Les fonds ont été avancés aux bénéficiaires en fonction de leurs prévisions de trésorerie approuvées, et ces avances ont été octroyées conformément aux dispositions sur la fréquence et les niveaux permis contenus dans l'actuelle politique du Conseil du Trésor sur les paiements de transfert.

Les vérificateurs n'ont pas pu évaluer complètement l'exactitude des demandes de remboursement des dépenses présentées par les bénéficiaires de contributions. En effet, normalement, ces demandes se fondaient uniquement sur l'assertion de l'organisation quant à ses dépenses réelles. On a également décelé certains cas isolés où on a demandé le remboursement de petites dépenses avant de les avoir engagées, surtout à l'approche de la fin de l'exercice. Cependant, les documents accessibles ne permettent pas d'étayer l'hypothèse selon

laquelle il est pratique courante de verser des paiements dans le mauvais exercice.

En ce qui concerne les projets pluriannuels, la DGSPSP a pour pratique de déduire du premier paiement versé à un bénéficiaire au cours d'un nouvel exercice un montant équivalant aux fonds qui ont été versés, mais qui n'ont pas été dépensés au cours de l'exercice précédent. Même si cette mesure vise à rajuster le niveau de financement en fonction du montant dont prévoit avoir besoin le bénéficiaire au début du nouvel exercice, elle peut avoir pour effet de reporter des fonds excédentaires qui, autrement, devraient rester inutilisés à la fin de l'exercice précédent. Lorsque Santé Canada commencera à rendre compte de l'information financière de fin d'exercice de façon cumulative dans l'exercice 2001-2002, il pourrait arriver que certains paiements soient déclarés dans un exercice autre que celui au cours duquel les dépenses ont vraiment été engagées.

Pour s'assurer que les états financiers de fin d'exercice de Santé Canada sont exacts, on recommande de prendre les mesures suivantes :

5. Les Services financiers de la DGSPSP doivent s'assurer que les avances versées aux bénéficiaires de contribution sont comptabilisées comme il se doit à la fin de l'exercice.

Réaction de la direction

Convenu. Des mesures seront prises pour que les paiements soient comptabilisés pendant l'année visée. On pourrait le faire lors d'un examen des politiques et des procédures régissant les subventions et les contributions. De plus, pour garantir la responsabilisation et minimiser le potentiel d'erreur dans les paiements de fin d'année, nous consulterons les Services comptables et les Services de gestion financière de la Direction générale.

Annexe A

ANNEXE A

Valeur monétaire totale des programmes vérifiés, selon la région et le programme

Programme* / Région	Alberta	Atlantique	C-B. & Yukon	Manitoba	RCN	Ontario	Qc	Total/ Programme
TRAT					4 941400 $			4 941 400 $
PAPA	2 205 229 $	180 000 $	2 869 815 $	675 157 $				5 930 201 $
VIH/Sida		491 202 $	473 641 $	41 750 $	2 553 353 $	1 256 890 $	30 000 $	4 846 836 $
PACE	865 500 $	3 671 326 $	2 772 618 $	2 007 669 $		8 654 751 $	2 570 045 $	20 541 909 $
PCNP	51 000 $	176 000 $	96 700 $	130 500 $		986 473 $	89 204 $	1 529 877 $
HépC	41 000 $					3 500 $		44 500 $
FSP	320 000 $	384 078 $	20 741 $	435 130 $	2 703 095 $	140 000 $	95 000 $	4 098 044 $
Tabagisme					2 137 000 $			2 137 000 $
Total/ Région	**3 482 729 $**	**4 902 606 $**	**6 233 515 $**	**3 290 206 $**	**12 334 848 $**	**11 041 614 $**	**2 784 249 $**	**44 069 767 $**

Source: dossiers du Bureau de la vérification et de la responsabilisation

* **Légende**

TRAT — Traitement et réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie
PAPA — Programme d'aide préscolaire aux Autochtones
PACE — Programme d'action communautaire pour les enfants
PCNP — Programme canadien de nutrition prénatale
HépC — Hépatite C
FSP — Fonds pour la santé de la population (comprend l'Initiative canadienne sur le cancer du sein)

Remarque :
Comme on a choisi au hasard les projets qui font l'objet de la vérification, l'initiative qui consiste en une subvention annuelle unique de 3 000 $ à l'Institut national du cancer du Canada pour l'Initiative canadienne pour la recherche sur le cancer du sein n'a pas été examinée.

Annexe B

ANNEXE B

Nombre total de dossiers de projets vérifiés, selon la région et le programme

Programme */ Région	Alberta	Atlantique	C-B. & Yukon	Manitoba	RCN	Ontario	Qc	Total/ Programme
TRAT					4			4
PAPA	2	1	2	1				6
VIH/Sida		2	6	1	8	7	1	25
PACE	3	2	6	2		7	14	34
PCNP	1	1	3	1		2	2	10
HépC	4					1		5
FSP	4	4	1	3	15	3	3	33
Tabagisme					4			4
Total/ Région	**14**	**10**	**18**	**8**	**31**	**20**	**20**	**121**

Source : dossiers du Bureau de la vérification et de la responsabilisation

* **Légende**

TRAT — Traitement et réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie
PAPA — Programme d'aide préscolaire aux Autochtones
PACE — Programme d'action communautaire pour les enfants
PCNP — Programme canadien de nutrition prénatale
HépC — Hépatite C
FSP — Fonds pour la santé de la population (comprend l'Initiative canadienne sur le cancer du sein)

Annexe C

ANNEXE C

Dépense des subventions et contributions de la DGSPSP
Exercices 1998-1999 et 1999-2000 (dollars réels)

Programme	1998-1999*	1999-2000
Traitement et réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie	14 500 000	14 570 000
Programme d'aide préscolaire aux Autochtones	19 459 916	19 576 278
VIH/sida	27 594 195	29 948 734
Programme d'action communautaire pour les enfants	52 816 381	53 221 646
Programme canadien de nutrition prénatale	12 158 948	13 797 154
Hépatite C	0	8 436 205
Fonds pour la santé de la population	23 336 228	22 759 263
Tabagisme	1 110 000	2 547 837
Institut national du cancer**	3 000 000	3 000 000
Total	153 975 668	167 857 117

Source : services financiers de la DGSPSP

* Financement du PNRDS exclus
** Subvention annuelle unique

Remarque :
Il y avait 1 532 projets des subventions et de contributions financés au cours de l'exercice 1998-1999 (à l'exception du PNRDS) et 1 516 projets au cours de l'exercice 1999-2000. De nombreux projets ont reçu du financement pour plusieurs exercices. Le cas échéant, le financement devrait être calculé pour chaque exercice.

Annexe D

ANNEXE D

SUBVENTIONS ET CONTRIBUTIONS
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PROMOTION
ET DES PROGRAMMES DE LA SANTÉ[3]

RÔLE DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PROMOTION
ET DES PROGRAMMES DE LA SANTÉ

La Direction générale de la promotion et des programmes de la santé (DGPPS) de Santé Canada joue un rôle national dans l'amélioration de la santé physique et mentale et du bien-être des Canadiens. La DGPPS élabore, soutient, fait connaître et coordonne les programmes de promotion de la santé et de prévention de la maladie en mettant l'accent sur la santé de la population et en reconnaissant qu'il est important d'intervenir à chacune des trois étapes de la vie (enfance et adolescence, âge adulte et troisième âge). De plus, elle finance des projets de recherche et des projets communautaires compatibles avec ces programmes et priorités, et participe à la collecte et à la diffusion d'informations. En outre, la DGPPS contribue de façon importante à la viabilité et au renouvellement du réseau de santé canadien.

De concert avec d'autres divisions du Ministère, de nombreux partenaires des secteurs public, bénévole et privé, la Direction générale aborde un vaste éventail d'enjeux qui touchent la santé des Canadiens, comme le VIH/sida, le cancer, le tabagisme, l'alcoolisme et autres toxicomanies, la nutrition et l'activité physique. La DGPPS élabore des stratégies nationales sensibles aux réalités locales. Avec quatre directions situées à Ottawa et six bureaux régionaux répartis un peu partout au Canada, la DGPPS est structurée de façon à réagir aux enjeux nationaux et régionaux à mesure qu'ils se manifestent.

TYPES D'ENTENTES DE CONTRIBUTION CONCLUES PAR LA DGPPS

Les subventions et les contributions constituent un volet de l'exécution des programmes de la DGPPS. Elles permettent de soutenir des activités visant à préserver et améliorer la santé et le bien-être des Canadiens et constituent un outil important de promotion de la santé et de

---

[3] Documents fournis par la DGSPSP et révisés par le BVR. Cette information est présentée pour donner aux lecteurs une documentation et une compréhension générale des programmes de la Direction générale, qui ont fait l'objet de la présente vérification. Les documents ont été préparés avant le remaniement de la Direction générale.

prévention de la maladie. Elles permettent d'accroître la capacité d'agir sur les déterminants de la santé, d'élaborer, de mettre en oeuvre et de diffuser des modèles novateurs qui s'appliquent à la promotion de la santé de la population et d'acquérir davantage de connaissances en vue d'élaborer de futurs programmes et futures politiques.

Chaque programme de financement s'assortit d'objectifs précis et de priorités nationales et (ou) régionales. En règle générale, tous ces programmes visent à soutenir la recherche stratégique, à améliorer l'éducation ou à promouvoir le renforcement communautaire.

Le fonds pour la santé de la population

Santé Canada a adopté une approche axée sur la santé de la population pour élargir son mandat, lequel consiste à maintenir et à améliorer la santé de la population canadienne. Cette approche intègre des mesures concernant un vaste éventail de déterminants qui influent sur la santé de tous les Canadiens. C'est pour soutenir cette approche qu'on a créé le Fonds pour la santé de la population.

Le but du Fonds sur la santé de la population est d'accroître la capacité d'intervention des collectivités sur les déterminants de la santé et sur l'interaction qui s'exerce entre eux. Pour atteindre ce but, nous finançons des projets qui favorisent une planification conjointe et des actions coordonnées entre les organismes bénévoles, les fournisseurs de services, les gouvernements et le secteur privé en vue d'améliorer la santé de la population. Les activités de financement devront cibler les problèmes de santé des populations vulnérables.

Objectifs

Grâce au financement de projets stratégiques, le Fonds pour la santé de la population vise à atteindre trois objectifs :

- élaborer, mettre en oeuvre, évaluer et diffuser des modèles de mise en application de l'approche axée sur la santé de la population;
- augmenter le fonds de connaissances pour l'élaboration de programmes et de politiques futures;
- multiplier les partenariats et renforcer la collaboration intersectorielle.

Principes

L'élaboration et la mise en oeuvre des projets proposés à des fins de financement dans le cadre du Fonds pour la santé de la population doivent respecter les principes énoncés ci-dessous.

Promouvoir la participation

Les activités doivent être appropriées à la population visée. Pour ce faire, des membres de la population concernée et les principaux intervenants doivent jouer un rôle actif dans la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation du projet ainsi que dans la diffusion des résultats.

Assurer une collaboration intersectorielle

Une intervention globale et coordonnée des secteurs gouvernemental, privé, professionnel et bénévole représente un des éléments clés du succès de l'approche axée sur la santé de la population. Une solide collaboration intersectorielle à l'échelle locale, municipale, provinciale et

nationale est essentielle si l'on veut créer et coordonner des activités propres à influer sur l'interaction des déterminants de la santé. À cette fin, les groupes bénévoles et communautaires, tous les ordres de gouvernement, le milieu des affaires, les syndicats et les associations professionnelles pourraient concerter leurs efforts sous la forme de partenariats.

Organismes admissibles

Les organismes canadiens bénévoles sans but lucratif et les établissements d'enseignement sont admissibles au financement.

Les demandes de propositions élaborées par Santé Canada préciseront quelles catégories de requérants seront admissibles.

Les projets peuvent être financés par une période pouvant aller jusqu'à 36 mois.

Le Fonds est administré par l'entremise des bureaux régionaux de la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé (pour les projets provinciaux/territoriaux/régionaux ou locaux) du bureau national (pour les projets nationaux) de la Division du développement de la santé de la population de Santé Canada, à Ottawa.

Priorités selon les étapes de la vie

Les priorités de financement correspondent aux étapes de la vie, c'est-à-dire l'enfance et l'adolescence, l'âge adulte et le troisième âge. Les projets peuvent viser plusieurs étapes de la vie et peuvent même être conçus pour nous aider à mieux comprendre l'approche et les déterminants de la santé de la population.

Les priorités du Fonds pour la santé de la population seront révisées périodiquement. Les demandes de propositions respecteront les priorités du cycle de financement. Ensuite, Santé Canada communiquera avec les organismes admissibles pour leur demander de présenter des propositions visant à élargir les objectifs et les priorités du Fonds au moyen de mesures précises.

Seuls les projets qui satisfont aux objectifs et aux critères de financement, qui respectent les priorités actuelles et qui visent un niveau élevé de participation publique et de collaboration intersectorielle seront pris en considération parmi les candidats sélectionnés.

Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE)

Le Programme d'action communautaire pour les enfants, volet de l'Initiative pour le développement de l'enfant, a été annoncé par le gouvernement du Canada en mai 1992. L'action communautaire fait partie d'une série de mesures adoptées en réaction au Sommet mondial pour les enfants de 1990.

Le Programme vise à verser continuellement des fonds à des groupes communautaires et à assurer des services susceptibles de répondre aux besoins de développement des enfants à risque de moins

de sept ans. Il porte principalement sur la prévention et l'intervention précoce. Son but est de donner aux enfants un meilleur départ dans la vie, de les préparer à fréquenter l'école et à avoir plus de chances de participer pleinement à la société. Parmi les services prévus, mentionnons des centres de ressources pour les familles, les programmes d'éducation parentale, des visites à la maison, des groupes de jeu et des activités pour le développement de l'enfant.

Le Programme vise les enfants qui vivent dans des familles à faible revenu; les enfants qui vivent dans des familles dont les parents sont adolescents; les enfants qui éprouvent des retards de développement ainsi que des problèmes sociaux, affectifs et comportementaux; les enfants agressés et négligés; et les gens qui ont de jeunes enfants à risque ou qui sont susceptibles d'en avoir.

Le PACE est administré conjointement par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux ou territoriaux et est exécuté par l'entremise des bureaux régionaux de Santé Canada. Des protocoles administratifs établissent les priorités et le mode d'administration du Programme dans chaque province ou territoire. Ils traduisent l'engagement des deux ordres de gouvernement à venir en aide aux collectivités qui contribuent elles-mêmes au bien-être des enfants vulnérables.

Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)

Annoncé en juillet 1994, le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) est un des programmes promis dans le document *Pour la création d'emplois, pour la relance économique*. Ce programme fédéral continu est exécuté en partenariat avec les provinces et les territoires par l'entremise d'ententes de gestion conjointes conclues avec les Premières nations et les Inuits.

Le PCNP est un programme communautaire intégral qui soutient les femmes enceintes dont la santé est menacée, tout comme le développement de leur bébé. Le programme fournit des suppléments alimentaires, des conseils sur la nutrition, du soutien, des programmes d'éducation, des recommandations et des services de counseling sur divers aspects de la santé prénatale.

Exécuté par l'entremise des bureaux régionaux de Santé Canada, le PCNP fournit une aide financière aux groupes communautaires qui désirent offrir des services visant à répondre aux besoins des femmes enceintes à faible revenu. Une aide financière à long terme est fournie sous forme de contributions.

Le CPNP soutien les services communautaires intégraux, surtout ceux qui misent sur les programmes de santé prénatale déjà en place au Canada. Il offre des ressources (en fonction du nombre de naissances) aux provinces et territoires dans le but d'élargir les programmes de nutrition prénatale, et lorsque ces programmes sont inexistants, pour les aider à les mettre en place. Le Programme permet non pas de copier ou de remplacer d'autres services gouvernementaux, mais bien d'établir et d'améliorer des services.

Le PCNP vise les femmes enceintes qui vivent dans la pauvreté, les adolescentes enceintes, les jeunes qui risquent de tomber enceintes, les femmes enceintes qui consomment de l'alcool ou d'autres substances nuisibles, les femmes enceintes qui vivent des situations de violence, les

réfugiées et les immigrantes, les Autochtones, les Métisses et les Inuites ainsi que les femmes qui vivent dans l'isolement ou qui n'ont pas accès aux services.

Le Programme est géré conjointement par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Des protocoles administratifs établis en vertu du Programme d'action communautaire pour les enfants définissent les modalités de gestion du Programme dans chaque province ou territoire.

Le programme d'action communautaire pour les enfants
et le Programme canadien de nutrition prénatale
Fonds pour les projets nationaux (FPN du PACE/PCNP)

Le Fonds pour les projets nationaux du PACE/PCNP a été créé après le dépôt du budget de février 1997, dans lequel le gouvernement fédéral annonçait une hausse du financement accordé au PACE/PCNP pour une période de trois ans.

Le Fonds pour les projets nationaux vise à soutenir les objectifs du PACE et du PCNP qui ont un lien direct et pertinent avec les projets du PACE et du PCNP entrepris partout au Canada. Le Fonds soutient des projets à court terme qui ont une incidence nationale et qui visent à régler des problèmes communs et émergents déterminés en collaboration avec les comités de gestion conjoints et les projets du PACE et du PCNP.

Le FPN vise à réaliser les trois objectifs suivants :

- appuyer et renforcer les projets du PACE/PCNP au moyen d'une formation dans des domaines précis, de l'élaboration des ressources ainsi que du partage et de la diffusion de l'information;

- encourager et stimuler la création d'un réseau national de programmes communautaires pour les enfants;

- partager les connaissances acquises dans le cadre du PACE et du PCNP avec les projets du PACE et du PCNP et avec les collectivités (y compris les autres services à l'enfance, les chercheurs, les éducateurs et les décideurs).

Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (PAPA)

Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (PAPA) est une stratégie d'intervention précoce financée par le gouvernement fédéral à l'intention des enfants autochtones, inuits et métis et de leurs familles qui vivent dans le centres urbains et les grandes collectivités nordiques. En général, les projets du Programme permettent aux jeunes autochtones de vivre des expériences préscolaires d'une demi-journée pour se préparer à fréquenter l'école. Pour ce faire, on doit répondre à leurs besoins spirituels, affectifs, intellectuels et physiques.

En règle générale, les projets du PAPA consistent en des séances qui se déroulent quatre fois par semaine dans un environnement préscolaire structuré, durant la matinée et l'après-midi, et qui

réunissent de 30 à 40 enfants âgés de trois à cinq ans. Chaque projet comprend les volets suivants : culture et langue, éducation, promotion de la santé, nutrition, programmes d'aide sociale et participation des parents. Ces projets sont administrés par des organismes autochtones sans but lucratif gérés à l'échelle locale qui considèrent le parent/tuteur comme le défenseur naturel de l'enfant.

Les parents participent directement à la gestion et à l'exécution des projets, lesquels les aident à acquérir les compétences nécessaires pour contribuer activement au développement affectif et social de leur enfant, améliorer leur confiance en eux et bonifier les relations familiales.

Le Programme a été annoncé en mai 1995. Il comporte une phase pilote de quatre ans (de 1995-1996 à 1998-1999) et prévoit un financement continu par la suite. Depuis sa création, une foule de projets ont été mis en place partout au Canada. En 1998, on a commencé à étendre le Programme aux collectivités des Premières nations qui vivent dans les réserves.

Les collectivités sont déterminées à élaborer les meilleurs projets qui soit dans des environnements sains, et ce, avec le concours de personnel formé. Chaque année, de 3 000 à 4 000 enfants autochtones participent au projet du Programme. Le programme a suscité beaucoup d'enthousiasme et d'engagement dans les centres urbains et les collectivités nordiques et autochtones. Des rapports révèlent que les parents sont très satisfaits des progrès qu'accomplissent leurs enfants et de la possibilité de participer au Programme d'aide préscolaire aux Autochtones.

Les bureaux régionaux de Santé Canada travaillent directement avec les responsables des projets pour assurer la qualité du programme. De plus, une unité de Santé Canada à Ottawa assure la coordination et la direction nationale du Programme.

Programmes concernant le VIH/sida

1) Programme canadien de contribution à la lutte contre le VIH/sida (programme des soins, des traitements et du soutien)

Les Canadiens qui vivent avec le VIH/sida ont de plus en plus besoin de soins, de traitements et de soutien. L'épidémie gagne du terrain et les victimes vivent plus longtemps. Comme l'épidémie se complique, il est plus difficile de prendre soin des gens et de soutenir les personnes qui les traitent. De plus en plus de personnes infectées par le VIH/sida vivent en marge de la société sur les plans social, économique et culturel.

On a conçu une nouvelle approche en collaboration avec les gens qui travaillent avec les personnes infectées par le VIH/sida. De cette façon, on vise à :

- aider les professionnels et les aidants naturels à donner les meilleurs traitements possibles aux personnes qui vivent avec le VIH/sida;

- cerner et éliminer les obstacles potentiels qui nous empêchent d'offrir les meilleurs soins et

le meilleur soutien possible aux personnes qui vivent avec le VIH/sida.

2) Programme canadien de contributions à la lutte contre le VIH/sida (programmes de prévention et d'action communautaire)

Les Programmes de prévention et d'action communautaire (PPAC) fournissent une aide financière aux initiatives expérimentales/de développement d'importance et de portée nationale qui contribuent à atteindre les objectifs de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Ces initiatives peuvent être axées sur la recherche ou sur un programme.

Les PPAC comptent trois volets principaux : a) orientations stratégiques, recherche sur la prévention, synthèse des connaissances; b) élaboration d'un modèle; c) renforcement des capacités. Ils fournissent un leadership pour les activités de prévention de la transmission du VIH en élaborant et en appuyant des partenariats fonctionnels entre les secteurs gouvernemental, bénévole et communautaire. Pour ce faire, ils fournissent une aide financière aux projets d'une durée définie qui visent les objectifs suivants : besoins des populations vulnérables, intégration de l'évaluation dans les initiatives; diffusion des résultats clés, des recherches et des programmes; amélioration de la capacité des organismes et des professionnels de la santé de répondre aux besoins des personnes infectées par le VIH et des gens à risque; création et préservation de partenariats; élaboration de stratégies et de programmes qui s'attachent aux principaux déterminants de la santé pour les populations vulnérables.

Les types d'organismes suivants sont admissibles au financement des PPAC : organismes non gouvernementaux, nationaux, régionaux et locaux; organismes bénévoles; organismes professionnels et fournisseurs de soins nationaux, régionaux et locaux; établissements d'enseignement, départements universitaires qui possèdent une expertise en théorie de prévention, en recherche et (ou) en développement.

Parmi les activités possibles, mentionnons les suivantes : initiatives visant à déterminer l'impact économique de la prévention du VIH, les besoins et les déterminants de la recherche sur les comportements; recherche sur l'élaboration de programmes; élaboration d'un modèle, présentation des modèles du programme; évaluation du programme; consultations et conférences; élaboration de documents de référence; perfectionnement professionnel.

3) Programme canadien de contributions à la lutte contre le VIH/sida (soutien aux organismes nationaux non gouvernementaux)

Dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, le soutien des organismes nationaux non gouvernementaux constitue un élément essentiel qui permet de maintenir et d'améliorer la réaction communautaire au VIH/sida. En offrant ce financement, on veut régler d'une façon stratégique, multisectorielle et collaborative les problèmes liés au VIH/sida, et ce, par l'entremise d'une solide infrastructure communautaire.

Les organismes qui reçoivent un soutien opérationnel mettent l'accent sur les partenariats et les stratégies qui ont pour effet d'élargir la réaction communautaire/publique face au VIH/sida. Les organismes nationaux cernent les enjeux communautaires et locaux et donnent l'impulsion pour qu'on trouve une solution polyvalente.

Les critères de financement comprennent les mandats organisationnels, les membres/composantes, les partenariats et la capacité manifeste d'aborder les éléments stratégiques de la Stratégie. Le financement s'étend sur plusieurs années; de cette façon, les organismes peuvent élaborer des plans stratégiques à long terme et mettre en oeuvre leurs initiatives.

4) Programme canadien de contributions à la lutte contre le VIH/sida (Programme d'action communautaire sur le sida) (PACS)

Le Programme d'action communautaire sur le sida (PACS) vise à soutenir les efforts nationaux et régionaux déployés dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida par l'entremise des mesures suivantes : activités d'éducation et de prévention ciblées; promotion de la santé auprès des personnes qui vivent avec le VIH/sida; renforcement des organismes communautaires; création d'environnements sociaux favorables à la réduction des obstacles liés au sida.

Les organismes qui reçoivent du financement du PACS doivent mener des activités financées en respectant les cinq principes du PACS : renforcement communautaire, promotion de la santé; partenariat et collaboration; santé de la population; évaluation. Ces principes orientent la façon dont les organismes mènent leurs activités.

Les organismes bénévoles, sans but lucratif, non gouvernementaux et communautaires qui s'efforcent de régler les problèmes liés au VIH/sida sont admissibles au financement. Il peut s'agir d'organismes dont le mandat principal ne consiste pas à élaborer des programmes de lutte contre le sida, mais qui ont reconnu la nécessité de régler les problèmes liés au VIH/sida dans leur collectivité. Le financement de projets est versé sous forme de subventions ou de contributions aux collectivités par l'entremise des administrations nationales et régionales. Les organismes communautaires dont le mandat principal concerne le VIH/sida sont admissibles au financement opérationnel, qui n'est offert que par les administrations régionales.

5) Programme canadien de contributions à la lutte contre le VIH/sida (Initiative de financement de projets sur le sida — Premières nations, Inuits et Métis qui vivent à l'extérieur des réserves en milieu urbain et rural)

Dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, du financement est offert aux initiatives de lutte contre le sida axées sur les Autochtones menées dans les collectivités urbaines et rurales hors réserve. Les fonds sont administrés pour les projets mis de l'avant dans le cadre des Programmes de prévention et d'action communautaire (PPAC). Le plan de gestion et d'administration du fonds découle de consultations exhaustives avec les collectivités autochtones du Canada.

Grâce à cette mesure, on vise à financer des projets à court terme qui ont pour effet d'accroître la capacité des collectivités autochtones de lutter contre le VIH/sida, d'améliorer la viabilité et d'encourager l'intégration des activités de lutte contre le VIH/sida. Les projets financés peuvent être flexibles pour autant qu'ils aident les collectivités rurales et urbaines hors réserve et qu'ils

respectent les objectifs du fonds.

Objectifs

Les projets doivent viser au moins une des trois orientations stratégiques de la Stratégie et au moins un des objectifs suivants :

(ii) Miser sur les réalisations de la collectivité plutôt qu'établir une nouvelle infrastructure.

(jj) Soutenir les efforts qui visent à améliorer les partenariats entre les organismes bénévoles, les organismes politiques autochtones et les gouvernements dans le but d'améliorer la viabilité des activités communautaires de lutte contre le sida.

(kk) S'efforcer d'intégrer les activités de lutte contre le VIH/sida aux projets déjà entrepris dans la collectivité autochtone par les organisations et les organismes existants.

Principes

L'élaboration et la mise en oeuvre des projets de lutte contre le VIH/sida visant les Premières nations, les Inuits et les Métis qui vivent en milieu urbain et rural à l'extérieur des réserves proposées à des fins de financement doivent respecter les principes énoncés ci-dessous :

Promouvoir la participation

Les activités doivent être appropriées à la population visée. Pour ce faire, des membres de la population concernée doivent jouer un rôle actif dans la détermination des besoins et l'élaboration, la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation du projet. Cette information doit figurer dans le formulaire de demande de financement.

Partenariats et collaboration

Pour que les projets aient le plus d'impact possible, les requérants doivent prouver qu'ils ont accès à un soutien important en ce qui concerne l'exécution du plan de travail et qu'ils sont liés à des partenaires qui les aideront à mener le projet à bien ou qui en bénéficieront. Le fonds peut également soutenir les efforts de collaboration visant à améliorer les coalitions et les réseaux régionaux.

Pertinence culturelle

Les projets doivent aider les collectivités des Premières nations, des Inuits et des Métis dans leur lutte contre le VIH/sida tout en reflétant la diversité de la population autochtone concernée. Ils doivent utiliser des méthodes adaptées à la culture de la population ciblée. Les initiatives proposées devraient également refléter des stratégies de mise en oeuvre efficaces et efficientes dans le contexte de l'autodétermination des peuples autochtones.

Évaluation
Tous les projets doivent contenir un volet d'évaluation des processus et des résultats. Les candidats retenus devront également participer à un programme d'évaluation culturelle auquel on met la dernière main en collaboration avec les trois peuples autochtones et les Autochtones qui vivent avec le VIH/sida. Le programme d'évaluation met l'accent sur le renforcement des capacités tout en visant à améliorer la reddition de comptes envers la collectivité et la Stratégie. Pour obtenir continuellement du financement, les candidats retenus devront également produire des rapports financiers trimestriels, des rapports narratifs et des évaluations d'étape.

Organismes admissibles
Pour être admissibles, les requérants doivent être des organismes bénévoles sans but lucratif qui peuvent prouver qu'ils sont dirigés en majorité par des personnes d'ascendance autochtone. De plus, les requérants doivent faire en sorte que leur projet ne servira que les populations qui vivent à l'extérieur des réserves. Remarque : la Direction générale des services médicaux de Santé Canada est responsable du financement des initiatives de lutte contre le VIH/sida visant les Premières nations et les Inuits qui vivent dans les réserves.

Initiative canadienne sur le cancer du sein

En décembre 1992, le gouvernement fédéral lançait l'Initiative canadienne sur le cancer du sein (ICCS). En juin 1998, on annonçait le renouvellement de l'Initiative. Les objectifs de l'ICCS sont de réduire l'incidence du cancer du sein ainsi que la mortalité attribuable à cette maladie, et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes du cancer du sein et des réseaux qui soutiennent ces personnes.

L'ICCS travaille en collaboration avec un éventail d'organismes et de groupes nationaux, provinciaux et territoriaux de lutte contre le cancer du sein pour fixer les priorités du financement sous forme de subventions et de contributions. De cette façon, ils visent à aider à accroître la capacité des groupes et des réseaux de participer à la lutte contre le cancer du sein et, en définitive, à leur permettre d'informer et de soutenir les femmes atteintes de cancer du sein, leur famille ainsi que leurs soignants. Actuellement, pour toute la durée du renouvellement de l'ICCS, c'est-à-dire de 1998 à 2003, l'Initiative fournit du financement annuel au projet du Réseau canadien du cancer du sein et d'autres groupes et réseaux de lutte contre le cancer du sein. Au cours de la première phase (1993-1998), l'Initiative a fourni du financement pour l'élaboration de cinq projets d'échange d'information sur le cancer du sein au Canada.

Le fonds de subventions et de contributions de l'ICCS est administré par le Fonds pour la santé de la population.

Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (PTRAT)

Le Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie (PTRAT) est un programme à frais partagés qui permet aux provinces et aux territoires d'accéder à du financement pour améliorer l'accès aux programmes novateurs de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie. Les jeunes constituent le principal groupe cible des services financés dans le cadre du PTRAT; d'autres populations à risque, comme les femmes, sont également ciblées.

Le PTRAT s'inscrit dans l'objectif du gouvernement fédéral de réduire les ravages de l'alcool et des autres drogues sur les gens, leur famille et leur collectivité.

Le gouvernement fédéral rembourse 50 % (jusqu'à une certaine limite) des dépenses admissibles engagées par les provinces et territoires participants pour offrir des services de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie. Parmi les services remboursables, mentionnons la désintoxication, l'évaluation et l'aiguillage; le counseling et la prise en charge; l'intervention thérapeutique (à la maison, à l'extérieur et dans la rue); la postcure et le suivi clinique; la recherche et l'évaluation; le dépistage précoce et l'intervention; la sensibilisation et le renforcement; les services d'accès et, enfin, la diffusion des connaissances.

Initiative de lutte contre le tabagisme

Santé Canada a élaboré l'Initiative de lutte contre le tabagisme (ILT), toute dernière mesure de lutte contre le tabagisme du gouvernement fédéral, qui représente un engagement de 100 millions de dollars sur cinq ans. Les principaux volets de l'ILT sont la loi et les règlements, l'application de la loi, la recherche et la sensibilisation du public. L'ILT vise à améliorer la santé et la qualité de vie globales des Canadiens, surtout des jeunes, par la réduction de la prévalence des maladies et de la mortalité liées au tabagisme en décourageant les non-fumeurs de commencer à fumer, en protégeant la santé des non-fumeurs et en encourageant et en aidant les personnes qui désirent cesser de fumer.

Hépatite C
Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C

On a établi le Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C dans le but de contribuer à la prévention de l'infection à l'hépatite C; de promouvoir l'élaboration et l'accessibilité d'outils et de mécanismes de soutien des personnes infectées ou touchées par l'hépatite C; de renforcer les connaissances sur lesquelles on se fonde pour prendre des décisions relatives aux politiques et aux programmes sur l'hépatite C et faire avancer la prévention, le traitement et les soins en élargissant la banque de recherches accessibles et la capacité de recherche. Le Programme permettra aussi de renforcer la réaction de la population canadienne face à l'hépatite C en l'outillant et en l'habilitant davantage.

Les représentants de Santé Canada ont travaillé en étroite collaboration avec des intervenants clés et des représentants des collectivités pour fixer les priorités en matière de soutien et de promotion de la prévention de la maladie et des soins, de la sensibilisation et de la recherche liées à l'hépatite C. Ces priorités tiennent lieu de lignes directrices pour les initiatives admissibles au financement menées un peu partout au Canada.

Grâce au financement offert par le Projet de soins et de sensibilisation, on vise à soutenir les projets d'envergure nationale dont les responsables travaillent avec les organismes et les établissements professionnels pour répondre aux besoins en outils, en services et en information cernés par le programme afin de soutenir les personnes infectées et touchées par l'hépatite C et les personnes à risque.

Le but du fonds pour les projets de soutien régionaux communautaires est de soutenir les activités ciblées et à court terme et de respecter les priorités et les besoins liés à l'hépatite C mis au jour par la collectivité ciblée par le projet. On offrira du financement aux organismes communautaires sans but lucratif, régionaux et locaux.

En ce qui concerne la recherche, les subventions sont octroyées par l'entremise de l'Initiative de recherches conjointes de Santé Canada et du Conseil de recherche médicale sur l'hépatite C. De plus, le programme de recherche sur l'hépatite C accorde des subventions.

Hépatite C
Entente concernant l'hépatite C

L'entente concernant l'hépatite C consiste à transférer jusqu'à 300 millions de dollars aux provinces et aux territoires au cours des 20 prochaines années. De cette façon, on veut s'assurer que toutes les personnes qui contractent l'hépatite C par l'entremise du système de collecte et de distribution du sang puissent accéder en tout temps et de façon raisonnable aux produits et services médicaux essentiels à leur traitement.

Hépatite C
Initiative vérification rétrospective

L'Initiative vérification rétrospective vise à aider à retracer les personnes qui ont été infectées par l'entremise du système de collecte et de distribution du sang ou qui ont donné du sang infecté. Bon nombre de ces personnes ne savent pas qu'elles sont infectées et ne sont donc pas traitées. Le gouvernement fédéral s'est engagé à acquitter la moitié des coûts des initiatives provinciales et territoriales de vérification et de rétrospective jusqu'à concurrence de 50 millions de dollars.